VIAMEDIS - SERVICE REFERENCEMENT PROFESSIONNELS DE SANTÉ
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex
Tél. N° Indigo 0 825 076 076 Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT ADMINISTRATIF

Nous vous remercions de renvoyer ce formulaire dûment complété, accompagné d'une copie de votre RIB et d'une copie de votre Carte Professionnel de Santé.

Document à nous retourner

Informations administratives

DISCIPLINE : .....

Ex : Pharmacien, Opticien

N° Identifiant PS (N° FINESS, ADELI) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Raison Sociale ou Nom Prénom du Professionnel de Santé .....

Chaîne/groupement .....

Adresse .....

Code Postal ..... **Ville** .....

Téléphone ..... **Portable** ..... **Fax** .....

Nom et Prénom de l'interlocuteur Tiers payant .....

Téléphone de l'interlocuteur Tiers payant .....

Email de l'interlocuteur Tiers payant .....

Email du ou des Professionnel(s) de santé .....

Mention obligatoire - *Attention ! Si vous souhaitez référencer plusieurs PS, vous devez préciser ci -dessous, une adresse mail unique pour chacun d'entre eux*

N° FINESS/ADELI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **EMAIL** ..... **@** .....

N° FINESS/ADELI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **EMAIL** ..... **@** .....

N° FINESS/ADELI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **EMAIL** ..... **@** .....

N° FINESS/ADELI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **EMAIL** ..... **@** .....

N° FINESS/ADELI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **EMAIL** ..... **@** .....

Mode de transmission privilégié des demandes de remboursement (factures)

☐ **En DRE1.40, nom du Logiciel de gestion** .....

☐ **Via un concentrateur collecteur de flux, lequel** .....

☐ **En saisissant directement sur les portails de gestion**

☐ **Transmission par courrier** à l'attention du service Facturation + votre discipline

Je reconnais avoir pris connaissances des termes de la convention VIAMEDIS et des modalités d'application du tiers payant et je m'engage à les respecter.
Pour le professionnel de santé :

Fait à ....., le .....

Cachet et signature

Janvier 2014 - Direction Gestion - Pack Bienvenue

VIAMEDIS est le responsable du traitement mis en œuvre à partir des données à caractère personnel collectées via le formulaire d'enregistrement administratif en vue de vous permettre de bénéficier des informations ou des services qui vous intéressent. Ces données sont strictement destinées à VIAMEDIS, aux organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le compte desquels VIAMEDIS met en œuvre les services pour ce qui les concerne, et aux prestataires sous-traitants de VIAMEDIS. Si vous êtes professionnel de santé, vous pouvez également accéder à vos données via votre compte sur le site www. www.viamedis.net. Vous êtes informé du fait que, conformément à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données qui vous concernent. Ces demandes s'exercent auprès de VIAMEDIS à professionnel.sante@viamedis.fr.

CERTIFIÉ ISO 9001

VIAMEDIS - SERVICE REFERENCEMENT PROFESSIONNELS DE SANTÉ
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex
Tél. N° Indigo 0 825 076 076 Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT : DONNEES BANCAIRES

Nous vous remercions de joindre une copie de votre RIB/RIP : Sans ce document, nous ne pourrons procéder à votre mise à jour dans notre fichier.

Document à nous retourner

Information sur le titulaire du compte bancaire

N° Identifiant PS* (N° FINESS, ADELI) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Titulaire du compte .....

Domiciliation bancaire .....

*** Précisez ci-dessous les n° FINESS ou ADELI et la raison sociale (ou nom et prénom) des Professionnels de santé rattachés à ce compte**

....

....

....

....

....

Informations bancaires

IBAN : FR ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Copie du RIB obligatoire à agrafer ici avec mention de votre N° Identifiant

Cachet et signature

Fait à ....., le .....

VIAMEDIS est le responsable du traitement mis en œuvre à partir des données à caractère personnel collectées via le formulaire d'enregistrement administratif en vue de vous permettre de bénéficier des informations ou des services qui vous intéressent. Ces données sont strictement destinées à VIAMEDIS, aux organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le compte desquels VIAMEDIS met en œuvre les services pour ce qui les concerne, et aux prestataires sous-traitants de VIAMEDIS. Si vous êtes professionnel de santé, vous pouvez également accéder à vos données via votre compte sur le site www. www.viamedis.net. Vous êtes informé du fait que, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données qui vous concernent. Ces demandes s'exercent auprès de VIAMEDIS à professionnel.sante@viamedis.fr.

Janvier 2014 - Direction Gestion - Pack Bienvenue

CERTIFIÉ ISO 9001

MODE D'EMPLOI

Document à conserver

Comment nous contacter

- Un N° de téléphone > 0825 076 076 du lundi au vendredi de 9H00 à 18H00 (0.15€ ttc/min)
- Une adresse mail > professionnel.sante@viamedis.fr
- www.viamedis.net > cliquer sur « déposer un message » sur la page d'accueil.

Comment transmettre vos demandes de remboursement (factures)

En télétransmission

- Via un Organisme Concentrateur Technique : **se référer au N° de télétransmission présent sur la carte de tiers payant**
- A partir de votre logiciel **si celui-ci permet l'envoi d'un flux séparant la part RO et la part RC**
- Se référer à l'adresse **DRE** présente sur la carte de tiers-payant

N'hésitez pas à nous contacter pour obtenir les tables de convention afin de paramétrer votre logiciel

En saisie directe sur les portails de gestion (avec possibilité d'édition des bordereaux de paiement):

- Sur **www.viamedis.net** uniquement pour les adhérents porteurs d'une carte de Tiers Payant présentant le logo VIAMEDIS
- Sur les **portails de gestion** de nos partenaires : Se référer à la carte de tiers payant de l'adhérent pour connaitre l'adresse internet du portail.

Par courrier

Uniquement pour les adhérents porteurs d'une carte de Tiers Payant présentant le logo VIAMEDIS

VIAMEDIS, Service Facturation + votre discipline*
107, avenue Gabriel Péri 94172 LE PERREUX SUR MARNE CEDEX
*Précisez votre spécialité : pharmacie, biologie, radiologie, optique, auxiliaires médicaux

Comment transmettre vos demandes de prise en charge

A VIAMEDIS :

Uniquement pour les adhérents porteurs d'une carte de Tiers Payant présentant le logo VIAMEDIS

- En saisie directe sur www.viamedis.net
- Par mail à l'adresse production@viamedis.fr
- Par fax au 0825 82 62 82 (0,15 €ttc/min)
- Par courrier : VIAMEDIS, Service Prise en Charge + votre discipline*
  107, avenue Gabriel Péri - 94172 LE PERREUX SUR MARNE Cedex

A ses partenaires :

- En saisie directe sur leur portail de gestion*
- Par courrier ou Fax*

**Se référer aux informations inscrites sur la carte de tiers payant*

Janvier 2014 - Direction Gestion - Pack Bienvenue

MODE D'EMPLOI

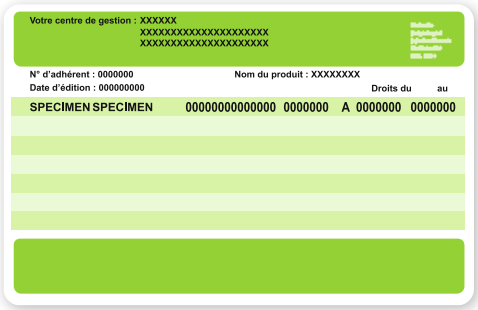
Document à conserver

Comment vérifier les cartes de tiers payant VIAMEDIS

Une carte bien lue, c'est un paiement rapide assuré !

Attention : une information différente entre la carte Vitale et la carte de tiers payant (numéro de sécurité sociale et/ou date de naissance) peut entraîner un rejet de facture. Il convient de vérifier systématiquement :

- La présence du logo VIAMEDIS
- La validité des droits du bénéficiaire
- La garantie donnant accès au tiers payant



Viamedis/Tiers Payant
107, avenue Gabriel Péri
94172 Le Perreux sur Marne Cedex
Informations destinées exclusivement aux professionnels de santé pratiquant le tiers payant
viamedis
Pratique médicale courante
- Pharmacie 100% BR (RO + RC)
- Pharmacie à 15% Non
- Laboratoire 100% BR (RO + RC)
- Radiologie 100% BR (RO + RC)
- Auxiliaires médicaux 100% BR (RO + RC)
- Soins dentaires 100% BR (RO + RC)
- Soins externes 100% BR (RO + RC)
- Consultations généraliste et spécialiste 120% BR (RO + RC)
Pas de tiers payant, hors parcours de soins.
Optique / Prothèse dentaire / Prothèse auditive
Hospitalisation hors chambre particulière
Tiers payant sur prise en charge à saisir en ligne ou à faxer par le Professionnel auprès de Viamédis
SV-DRE-TF AMC : 00000000 STS 8 DRE VM.001.0@viamedis.rss.fr
N° Télétransmission : [redacted]
☎ 0825 076 076 (0,15 € TTC/min)
professionnel.sante@viamedis.fr
www.viamedis.net
Fax : 0825 826 282

I- MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT VIAMEDIS

Article 1 – OBJET DES PRESENTES MODALITES D'APPLICATION

VIAMEDIS est une société opérateur de tiers payant agissant en délégation pour le compte de ses clients organismes d'assurance maladie complémentaire. Ces derniers ont la responsabilité des relations avec leurs assurés bénéficiaires.

Les présentes modalités d'application ont pour objet d'organiser la pratique du tiers payant entre VIAMEDIS et les professionnels de santé pour la part complémentaire au régime obligatoire , au profit des bénéficiaires des clients de VIAMEDIS , organismes d'assurance maladie complémentaire, porteurs d'une carte de tiers payant santé sur laquelle figure le logo VIAMEDIS.

Article 2 - CHAMP D'APPLICATION DU TIERS PAYANT VIAMEDIS

La pratique du tiers payant avec VIAMEDIS s'applique en complément des conventions de délégation de paiement des organismes du Régime Obligatoire. Le tarif applicable sera celui défini par la Sécurité Sociale, dans le cadre de la convention qui lie le professionnel de santé aux Caisses d'Assurances Maladie.

Exceptions :

Le dépassement d'honoraire pour la discipline hospitalisation el des actes hors nomenclature pour la discipline dentaire peuvent être pris en charge en fonction des droits des bénéficiaires.

Article 3 -LES BENEFICIAIRES DU TIERS PAYANT

La pratique de la dispense d'avance de frais peut s'appliquer à tous les assurés bénéficiaires dès lors qu'ils sont porteurs d'une carte de tiers payant en cours de validité sur laquelle apparait le logo VIAMEDIS.

Article 4 - LES CONDITIONS D'APPLICATION

Pour permettre la dispense d'avance de frais, l'assuré bénéficiaire devra présenter sa carte vitale ainsi que sa carte de tiers payant attestant de l'ouverture de ses droits et de la discipline correspondant à la spécialité du professionnel de santé.

Article 5 - LES MODALITES D'APPLICATION

Pour l'application de la dispense d'avance de frais, le professionnel de santé établit une demande de prise en charge et/ou une demande de remboursement selon le cas. Celles-ci peuvent être effectuées :

- En télétransmission (via un concentrateur ou en DRE 1.40),
- Saisies directement sur le site www.viamedis.net, selon les modalités précisées dans le mode d'emploi en Page 1,
- Par courrier ou par fax.

5.1 PRESTATIONS SANS PRISE EN CHARGE

Pour le règlement de la part complémentaire, le professionnel de santé adresse régulièrement à VIAMEDIS ses demandes de remboursement.

En cas de télétransmission des factures, aucun double papier ne doit nous être adressé en parallèle.

Les demandes de remboursement transmises à VIAMEDIS doivent mentionner les éléments nécessaires à leur traitement :

- Numéro Identifiant du Professionnel de Santé (N° Finess, Adéli),
- Numéro de Sécurité sociale et rang du bénéficiaire des soins,
- Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire des soins,
- Numéro et date de facture ou DRE,
- Date des soins,
- Codification et coefficient des actes effectués,
- Base de remboursement du Régime Obligatoire et Taux Sécurité Sociale,
- Montant à rembourser par les régimes Obligatoire et Complémentaire.

5.2 PRESTATIONS AVEC PRISE EN CHARGE

VIAMEDIS met à votre disposition des formulaires de demande de prise en charge qui indiquent pour chaque discipline les informations nécessaires à leur traitement.

Les demandes de prises en charge doivent être validées par le bénéficiaire des soins avant transmission à VIAMEDIS.

Le professionnel de santé en nous transmettant des informations

viamedis
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - Tél. N° Indigo 0 825 076 076 (0,15 € TTC / MN) Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

CERTIFIÉ ISO 9001

I- MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT VIAMEDIS (suite)

personnelles contenues dans la demande de prise en charge, confirme avoir obtenu le consentement de l'assuré.

La demande de prise en charge enregistrée sur www.viamedis.net est transmise à l'organisme d'assurance maladie complémentaire du bénéficiaire pour valorisation. L'organisme d'assurance maladie complémentaire du bénéficiaire peut être amené à :

- Demander des justificatifs complémentaires avant valorisation,
- Valoriser la demande de prise en charge en indiquant, éventuellement, que l'acceptation de la demande de remboursement associée sera soumise à justificatifs.

Les demandes de remboursement transmises à VIAMEDIS devront mentionner les éléments nécessaires à leur traitement conformément à l'article 5.1. Elles doivent être strictement conformes à l'accord de prise en charge.

Article 6 - ENGAGEMENTS RECIPROQUES

6.1 ENGAGEMENTS DU PROFESSIONNEL DE SANTE

- Le professionnel de santé s'engage à contrôler systématiquement les droits d'accès au tiers payant de l'assuré sur la carte de tiers payant santé, sur laquelle figure le logo VIAMEDIS. Il s'engage également à adresser à VIAMEDIS des demandes de remboursement conformes aux modalités définies à l'article 5.
- En cas de trop perçu, le professionnel de santé s'engage à informer VIAMEDIS et à procéder au remboursement de la somme.
- Le professionnel de santé doit informer VIAMEDIS en cas de cessation d'activité, et tout autre changement administratif (coordonnées, adresse, Finess, etc...).
- Le professionnel de santé dispose d'un délai maximum de 2 ans par rapport à la date des soins pour envoyer la demande de remboursement à VIAMEDIS.
- Le professionnel conserve les justificatifs ayant permis d'établir une demande de prise en charge ou une demande de remboursement durant une année et s'engage à les transmettre à VIAMEDIS, si un organisme d'assurance maladie complémentaire client de VIAMEDIS en fait la demande.
- Le professionnel de santé utilisant les services d'un concentrateur technique doit s'assurer que celui-ci est en conformité avec les exigences de la CNIL.

6.2 ENGAGEMENTS DE VIAMEDIS

- A réception des demandes de prises en charge conformes, VIAMEDIS s'engage à répondre au Professionnel de Santé sous 48h concernant l'optique et 72h concernant le dentaire, l'hospitalisation ou autres appareillages.
- A réception des demandes de remboursement conformes, VIAMEDIS s'engage à traiter la demande du professionnel de santé sous 4 jours en cas de demandes télétransmises ou saisies sur www.viamedis.net et sous 10 jours en cas de demandes papier. Le règlement s'effectuera par virement bancaire.
- Les demandes non conformes feront l'objet d'un rejet motivé dans le mois suivant leur réception par VIAMEDIS.

Article 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

VIAMEDIS s'engage à respecter les exigences de la loi Informatique et libertés , dans le cadre de sa prestation de service qui a pour finalité, le service de tiers payant, la gestion et le contrôle des montants facturés et des factures, la gestion et l'analyse des demandes de prise en charge.

VIAMEDIS s'engage notamment à informer les professionnels de santé des droits qu'ils tiennent de la loi Informatique et libertés, à réaliser les formalités appropriées auprès de la Cnil, ainsi que de mettre en place des mesures de sécurité et de confidentialité respectant les exigences de la loi Informatique et libertés.

Dans le cadre de sa prestation de service, VIAMEDIS utilise un logiciel de gestion www.viamedis.net auquel le professionnel de santé a accès.

VIAMEDIS peut être amené à faire appel à des sous-traitants pour la gestion des dossiers, ainsi que pour l'automatisation de la saisie des devis et des demandes de prise en charge.

Des données relatives à l'identification du professionnel de santé sont susceptibles d'être traitées dans le système. Les informations et données font l'objet d'un hébergement auprès de la société PROSODIE, hébergeur choisi par VIAMEDIS. Ces informations sont uniquement utilisées par VIAMEDIS ou ses prestataires sous-traitants, pour sa gestion, l'information de ses clients Assureurs Complémentaire santé et ne seront jamais communiquées à d'autres tiers.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés, le professionnel de santé dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motifs légitimes, de suppression et de rectification sur la totalité des informations enregistrées dans le cadre des services proposés le concernant.

Le professionnel de santé peut accéder aux données le concernant à tout moment par envoi d'un courrier au Service animation Partenaires de Santé de VIAMEDIS.

Article 8 – CONTESTATION DES REGLEMENTS

En cas de contestation ou de trop-perçu, le professionnel de santé devra en aviser VIAMEDIS dans un délai de six mois à compter de la date de traitement du dossier. Les éléments nécessaires à la gestion du dossier sont les mêmes que ceux précisés à l'article 5.

En cas de difficultés particulières, VIAMEDIS et les Professionnels de santé se rapprocheront pour rectifier ces anomalies.

VIAMEDIS, organisme certifié ISO 9001, pourra être amené à effectuer des audits auprès des différents Partenaires de Santé.

Article 9 – PERIODE DE VALIDITE DES MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT

Les modalités d'application du tiers payant s'appliquent dès lors que le professionnel de santé est référencé par VIAMEDIS. La pratique de la dispense de frais prend fin immédiatement à la date de cessation d'activité.

VIAMEDIS s'engage à régler le solde des factures sur six mois maximum à compter de la date de cessation d'activité. Le professionnel de santé dispose d'un délai de 6 mois pour présenter à VIAMEDIS les demandes de remboursement antérieures à la date de cessation d'activité.

Article 10 – FIN DE DELEGATION ENTRE VIAMEDIS ET UN ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

VIAMEDIS s'engage à régler les demandes de remboursements concernant les périodes antérieures à la date de fin de délégation du service tiers payant, tant que l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné lui donne son accord.

Lorsque cet accord prend fin, le professionnel de santé est averti par VIAMEDIS afin qu'il puisse envoyer les demandes de remboursement directement vers l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

Article 11 - DENONCIATION DE LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT AVEC VIAMEDIS

Les parties peuvent décider de cesser leur collaboration et notamment :

- En cas de violation grave et répétée des engagements et sans aboutissement de la conciliation à l'amiable engagée,
- En cas de dysfonctionnements répétés,
- En cas de modification du cadre conventionnel, législatif, ou réglementaire affectant l'application des présentes dispositions.

Chaque partie s'engage à respecter la confidentialité de la raison de la cessation de la pratique du tiers payant et à n'en faire aucune publicité.

Viamedis
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - Tél. N° Indigo 0 825 076 076 (0,15 € TTC / MN) Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

CERTIFIÉ ISO 9001

II- MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT UMC

Article 1 – OBJET DES PRESENTES MODALITES D'APPLICATION

Les présentes modalités d'application ont pour objet d'organiser la pratique du tiers payant entre l'UMC et les professionnels de santé pour la part complémentaire au régime obligatoire, au profit de ses bénéficiaires porteurs d'une carte de tiers payant santé UMC.

Article 2 - CHAMP D'APPLICATION DU TIERS PAYANT UMC

La pratique du tiers payant avec l'UMC s'applique en complément des conventions de délégation de paiement des organismes du Régime Obligatoire. Le tarif applicable sera celui défini par la Sécurité Sociale, dans le cadre de la convention qui lie le professionnel de santé aux Caisses d'Assurances Maladie.

Exceptions :

Le dépassement d'honoraires pour la discipline hospitalisation el des actes hors nomenclature pour la discipline dentaire peuvent être pris en charge en fonction des droits des bénéficiaires.

Article 3 -LES BENEFICIAIRES DU TIERS PAYANT

La pratique de la dispense d'avance de frais peut s'appliquer à tous les assurés bénéficiaires dès lors qu'ils sont porteurs d'une carte de tiers payant UMC en cours de validité.

Article 4 - LES CONDITIONS D'APPLICATION

Pour permettre la dispense d'avance de frais, l'assuré bénéficiaire devra présenter sa carte vitale ainsi que sa carte de tiers payant UMC attestant de l'ouverture de ses droits et de la discipline correspondant à la spécialité du professionnel de santé.

Article 5 - LES MODALITES D'APPLICATION

Pour l'application de la dispense d'avance de frais, le professionnel de santé établit une demande de prise en charge et/ou une demande de remboursement selon le cas.

Celles-ci peuvent être effectuées :

- En télétransmission (via un concentrateur ou en DRE 1.40),
- Saisies directement sur le site www.tp-umc.net,
- Par courrier ou par fax.

5.1 PRESTATIONS SANS PRISE EN CHARGE

Pour le règlement de la part complémentaire, le professionnel de santé adresse régulièrement à l'UMC ses demandes de remboursement.

En cas de télétransmission des factures, aucun double papier ne doit nous être adressé en parallèle.

Les demandes de remboursement transmises à l'UMC doivent mentionner les éléments nécessaires à leur traitement :

- Numéro Identifiant du Professionnel de Santé (N° Finess, Adéli),
- Numéro de Sécurité sociale et rang du bénéficiaire des soins,
- Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire des soins,
- Numéro et date de facture ou DRE,
- Date des soins,
- Codification et coefficient des actes effectués,
- Base de remboursement du Régime Obligatoire et Taux Sécurité Sociale,
- Montant à rembourser par les régimes Obligatoire et Complémentaire.

5.2 PRESTATIONS AVEC PRISE EN CHARGE

L'UMC met à votre disposition des formulaires de demande de prise en charge qui indiquent pour chaque discipline les informations nécessaires à leur traitement.

Les demandes de prises en charge doivent être validées par le bénéficiaire des soins avant transmission à l'UMC.

Le professionnel de santé en nous transmettant des informations personnelles contenues dans la demande de prise en charge, confirme avoir obtenu le consentement de l'assuré.

La demande de prise en charge enregistrée sur www.tp-umc.net, est valorisée par l'UMC.

L'UMC peut être amenée à :

- Demander des justificatifs complémentaires avant valorisation,
- Valoriser la demande de prise en charge en indiquant éventuellement que l'acceptation de la demande de remboursement associée sera soumise à justificatifs.

Les demandes de remboursement transmises à l'UMC devront mentionner les éléments nécessaires à leur traitement conformément à l'article 5.1. Elles doivent être strictement conformes à l'accord de prise en charge.

Article 6 - ENGAGEMENTS RECIPROQUES

6.1 ENGAGEMENTS DU PROFESSIONNEL DE SANTE

- Le professionnel de santé s'engage à contrôler systématiquement les droits d'accès au tiers payant de l'assuré sur la carte de tiers payant santé UMC et à adresser à l'UMC des demandes de remboursement conformes aux modalités définies à l'article 5.
- En cas de trop perçu, le professionnel de santé s'engage à informer l'UMC et à procéder au remboursement de la somme.
- Le professionnel de santé doit informer l'UMC en cas de cessation d'activité, et tout autre changement administratif (coordonnées, adresse, Finess, etc...).
- Le professionnel de santé dispose d'un délai maximum de 2 ans par rapport à la date des soins pour envoyer la demande de remboursement à l'UMC.
- Le professionnel conserve les justificatifs ayant permis d'établir une demande de prise en charge ou une demande de remboursement durant une année et s'engage à les transmettre sur demande de l'UMC.
- Le professionnel de santé utilisant les services d'un concentrateur technique doit s'assurer que celui-ci est en conformité avec les exigences de la CNIL.

6.2 ENGAGEMENTS DE L'UMC

- A réception des demandes de prises en charge conformes, l'UMC s'engage à répondre au Professionnel de Santé sous 48h concernant l'optique et 72h concernant le dentaire, l'hospitalisation ou autres appareillages.
- A réception des demandes de remboursement conformes, l'UMC s'engage à traiter la demande du professionnel de santé sous 4 jours en cas de demandes télétransmises ou saisies sur www.tp-umc.net, et sous 10 jours en cas de demandes papier.
- Les demandes non conformes feront l'objet d'un rejet motivé dans le mois suivant leur réception par l'UMC.

Article 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'UMC s'engage à respecter les exigences de la loi Informatique et libertés, dans le cadre de sa prestation de service qui a pour finalité, le service de tiers payant, la gestion et le contrôle des montants facturés et des factures, la gestion et l'analyse des demandes de prise en charge.

L'UMC s'engage notamment à informer les professionnels de santé des droits qu'ils tiennent de la loi Informatique et libertés, à réaliser les formalités appropriées auprès de la Cnil, ainsi que de mettre en place des mesures de sécurité et de confidentialité respectant les exigences de la loi Informatique et libertés.

Dans le cadre de sa prestation de service, l'UMC utilise un logiciel de gestion www.tp-umc.net, auquel le professionnel de santé a accès.

L'UMC peut être amené à faire appel à des sous-traitants pour la gestion des dossiers ainsi que pour l'automatisation de la saisie des devis et des demandes de prise en charge.

Des données relatives à l'identification du professionnel de santé sont susceptibles d'être traitées dans le système. Les informations et données font l'objet d'un hébergement auprès de la société Prosodie.

Ces informations sont uniquement utilisées par l'UMC ou ses prestataires sous-traitants pour sa gestion et ne seront jamais communiquées à d'autres tiers.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés, le professionnel de santé dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motifs

Viamedis
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - N° Indigo 0 825 076 076 0,15 € TTC / MN
Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

CERTIFIÉ ISO 9001

II- MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT UMC (suite)

légitimes, de suppression et de rectification sur la totalité des informations enregistrées dans le cadre des services proposés le concernant. Le professionnel de santé peut accéder aux données le concernant à tout moment par envoi d'un courrier à l'UMC.

Article 8 – CONTESTATION DES REGLEMENTS

En cas de contestation ou de trop-perçu, le professionnel de santé devra en aviser l'UMC dans un délai de six mois à compter de la date de traitement du dossier. Les éléments nécessaires à la gestion du dossier sont les mêmes que ceux précisés à l'article 5.

En cas de difficultés particulières, l'UMC et les Professionnels de santé se rapprocheront pour rectifier ces anomalies.

L'UMC peut être amené à effectuer des audits auprès des différents Partenaires de Santé.

Article 9 – PERIODE DE VALIDITE DES MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT

Les modalités d'application du tiers payant s'appliquent dès lors que le professionnel de santé est référencé. La pratique de la dispense de frais prend fin immédiatement à la date de cessation d'activité.

L'UMC s'engage à régler le solde des factures sur six mois maximum à compter de la date de cessation d'activité. Le professionnel de santé dispose d'un délai de 6 mois pour présenter à l'UMC les demandes de remboursement antérieures à la date de cessation d'activité.

Article 10 - DENONCIATION DE LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT AVEC l'UMC

Les parties peuvent décider de cesser leur collaboration et notamment :

- En cas de violation grave et répétée des engagements et sans aboutissement de la conciliation à l'amiable engagée,
- En cas de dysfonctionnements répétés,
- En cas de modification du cadre conventionnel, législatif, ou réglementaire affectant l'application des présentes dispositions.

Chaque partie s'engage à respecter la confidentialité de la raison de la cessation de la pratique du tiers payant et à n'en faire aucune publicité.

III- CONDITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LES ASSURES BENEFICIAIRES DE MALAKOFF MEDERIC

Concernant les assurés bénéficiaires Malakoff Médéric, le portail viamedis.net offre aux opticiens deux possibilités:

1. Saisie d'un devis (demande de cotation).
2. Saisie d'une demande de prise en charge.

Article 1 –Saisie d'un devis (demande de cotation) :

Afin de faciliter pour les opticiens la mise en œuvre d'un devis préalable obligatoire et gratuit tel que défini à l'article 3 de l'arrêté du 3 juillet 1996 relatif à l'information préalable du consommateur sur les produits d'optique médicale, le portail viamedis.net intègre une fonctionnalité de saisie en ligne de devis (verres, monture ou lentilles).

Ce devis qui est adressé directement à Malakoff Médéric, sous forme électronique, reprend le tarif détaillé et les caractéristiques de l'équipement (devis) dont la vente est envisagée. L'opticien peut transformer ensuite, en temps réel, ce devis en demande de prise en charge en saisissant un code confidentiel qui lui est communiqué par l'assuré bénéficiaire concerné, préalablement transmis par Malakoff Médéric en SMS ou courrier électronique.

Article 2 - Saisie d'une demande de prise en charge :

A défaut d'utiliser le processus de soumission d'un devis (article 1), l'opticien peut saisir une demande de prise en charge. Il s'engage dans ce cas à avoir remis au préalable un devis papier à l'assuré bénéficiaire (conformément aux exigences de l'arrêté du 3 juillet 1996 relatif à l'information préalable du consommateur sur les produits d'optique médicale), ce document étant susceptible de lui être demandé par Malakoff Médéric.

Le délai de traitement de la prise en charge est de 48 heures. Dans ce délai, la prise en charge peut être acceptée par Malakoff Médéric, refusée ou faire l'objet d'une demande d'annulation à l'initiative de l'assuré bénéficiaire. Cette demande est formulée par l'assuré bénéficiaire directement auprès de Malakoff Médéric dans le délai de 48 heures précédemment défini. Dans tous les cas, l'opticien est informé du résultat du traitement de sa demande de prise en charge.

Article 3 - Convention de preuve :

En application des articles 1316-1 et suivants du Code Civil, les données électroniques traitées et conservées dans des conditions de sécurité et d'intégrité sur les Serveurs de Malakoff Médéric ou de Viamedis sont considérées, de manière irréfragable, comme les preuves des échanges entre l'assuré et Malakoff Médéric et Viamedis.

L'opticien reconnait et accepte que :

- La preuve de l'accord du devis par l'assuré bénéficiaire (article 1) est matérialisée par la communication par ce dernier d'un code confidentiel.
- La preuve de l'annulation d'une prise en charge effectuée par l'assuré bénéficiaire directement auprès de Malakoff Médéric (article 2) correspond à l'ordre oral communiqué par l'assuré bénéficiaire à Malakoff Médéric et confirmé par ce dernier à l'assuré par SMS).

Viamedis
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - Tél. N° Indigo 0 825 076 076 0,15 € TTC / MN
Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

CERTIFIÉ ISO 9001

IV- MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT ADREA MUTUELLE

Article 1 – OBJET DES PRESENTES MODALITES D'APPLICATION

Les présentes modalités d'application ont pour objet d'organiser la pratique du tiers payant en OPTIQUE et AUDIOPROTHESE entre ADREA MUTUELLE et les professionnels de santé pour la part complémentaire au régime obligatoire, au profit de ses adhérents porteurs d'une carte de tiers payant ADREA MUTUELLE en cours de validité.

Article 2 - CHAMP D'APPLICATION DU TIERS PAYANT ADREA MUTUELLE

La pratique du tiers payant en OPTIQUE et AUDIOPROTHESE avec ADREA MUTUELLE s'applique en complément des conventions de délégation de paiement des organismes du Régime Obligatoire. Le tarif applicable sera celui défini par la Sécurité Sociale, dans le cadre de la convention qui lie le professionnel de santé aux Caisses d'Assurances Maladie.

Article 3 -LES BENEFICIAIRES DU TIERS PAYANT

La pratique de la dispense d'avance de frais peut s'appliquer à tous les adhérents et à leurs ayants droits dès lors qu'ils sont porteurs d'une carte de tiers payant ADREA MUTUELLE en cours de validité.

Article 4 - LES CONDITIONS D'APPLICATION

Pour permettre la dispense d'avance de frais, l'adhérent devra présenter sa carte vitale ainsi que sa carte de tiers payant ADREA MUTUELLE attestant de l'ouverture de ses droits et de la discipline OPTIQUE et / ou AUDIOPROTHESE.

Article 5 - LES MODALITES D'APPLICATION

Pour l'application de la dispense d'avance de frais, le professionnel de santé établit une demande de prise en charge suivie d'une demande de remboursement après accord.

Celles-ci doivent être directement saisies sur le site www.tp-adrea.net

5.1 PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

ADREA MUTUELLE met à votre disposition des formulaires de demande de prise en charge qui indiquent pour chaque discipline les informations nécessaires à leur traitement.

Les demandes de prises en charge, enregistrées sur www.tp-adrea.net, doivent être validées et signées par le bénéficiaire des soins avant transmission à ADREA MUTUELLE.

Le professionnel de santé en nous transmettant des informations personnelles contenues dans la demande de prise en charge confirme avoir reçu le consentement de l'assuré.

Les demandes de prise en charge sont valorisées par ADREA MUTUELLE.

ADREA MUTUELLE peut être amené à:

- Demander des justificatifs complémentaires avant valorisation,
- Valoriser la demande de prise en charge en indiquant éventuellement que l'acceptation de la demande de remboursement associée sera soumise à justificatifs.

5.2 FACTURATION DES PRESTATIONS

La validation de la facturation sur le portail induit qu'aucun double papier ne doit nous être adressé en parallèle.

Les demandes de remboursement transmises à ADREA MUTUELLE doivent être strictement conformes à l'accord de prise en charge et mentionner les éléments nécessaires à leur traitement :

- Numéro Finess du Professionnel de Santé
- N° de l'adhérent bénéficiaire des soins
- Numéro de Sécurité sociale et rang du bénéficiaire des soins,
- Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire des soins,
- Numéro et date de facture
- Date de l'ordonnance,
- Codification et coefficient des actes effectués,
- Base de remboursement du Régime Obligatoire et Taux Sécurité Sociale,
- Montant à rembourser par les régimes Obligatoire et Complémentaire.

Article 6 - ENGAGEMENTS RECIPROQUES

6.1 ENGAGEMENTS DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

- Le professionnel de santé doit utiliser www.tp-adrea.net pour :
  - contrôler systématiquement les droits d'accès au tiers payant de l'adhérent sur la carte de tiers payant ADREA MUTUELLE
  - adresser à ADREA MUTUELLE les demandes de remboursement conformes aux modalités définies à l'article 5.
- Le professionnel conserve les justificatifs ayant permis d'établir une demande de prise en charge durant une année et s'engage à les transmettre à ADREA MUTUELLE sur demande de sa part. Le professionnel de santé dispose d'un délai maximum de 60 jours par rapport à la date de prise en charge pour procéder à la facturation sur le site www.tp-adrea.net.
- En cas de trop perçu, le professionnel de santé s'engage à informer ADREA MUTUELLE et à procéder au remboursement de la somme.
- Le professionnel de santé doit informer ADREA MUTUELLE en cas de cessation d'activité, et tout autre changement administratif (coordonnées, adresse, Finess, etc...).

6.2 ENGAGEMENTS D'ADREA MUTUELLE

- A réception des demandes de prises en charge en OPTIQUE ou AUDIOPROTHESE conformes, ADREA MUTUELLE s'engage à répondre au Professionnel de Santé sous 48h.
- A réception des demandes de remboursement conformes qui ont été saisies sur www.tp-adrea.net, ADREA MUTUELLE s'engage à traiter la demande du professionnel de santé sous 4 jours.

Article 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

ADREA Mutuelle s'engage à respecter les exigences de la loi Informatique et libertés , dans le cadre de sa prestation de service qui a pour finalité, le service de tiers payant, la gestion et le contrôle des montants facturés et des factures, la gestion et l'analyse des demandes de prise en charge.

ADREA Mutuelle s'engage notamment à informer les professionnels de santé des obligations qu'ils tiennent de la loi Informatique et libertés, à réaliser les formalités appropriées auprès de la Cnil, ainsi que de mettre en place des mesures de sécurité et de confidentialité respectant les exigences de la loi Informatique et libertés.

Dans le cadre de sa prestation de service, ADREA MUTUELLE utilise un logiciel de gestion www.tp-adrea.net, auquel le professionnel de santé a accès.

Des données relatives au professionnel de santé sont susceptibles d'être traitées dans le système.

Ces informations sont uniquement utilisées par ADREA Mutuelle, ADREA Mutuelle Professions indépendantes, la fondation ADREA ou ses prestataires pour sa gestion et ne seront jamais communiquées à d'autres tiers.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés, le professionnel de santé dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motifs légitimes, de suppression et de rectification sur des informations relatives aux données personnelles les concernant. Ces droits peuvent être exercés auprès d'ADREA Mutuelle - 104 avenue de Saxe - 69003 LYON

Article 8 – CONTESTATION DES REGLEMENTS

En cas de contestation ou de trop-perçu, le professionnel de santé devra en aviser ADREA MUTUELLE dans un délai de six mois à compter de la date de traitement du dossier. Les éléments nécessaires à la gestion du dossier sont les mêmes que ceux précisés à l'article 5.

107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - N° Indigo 0 825 076 076 0,15 € TTC / MN
Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

CERTIFIÉ ISO 9001

IV- MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT ADREA MUTUELLE (suite)

En cas de difficultés particulières, ADREA MUTUELLE et les Professionnels de santé se rapprocheront pour rectifier ces anomalies.
ADREA MUTUELLE peut être amené à effectuer des audits auprès des différents Partenaires de Santé.

Article 9 – PERIODE DE VALIDITE DES MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT

Les modalités d'application du tiers payant s'appliquent dès lors que le professionnel de santé est référencé. La pratique de la dispense de frais prend fin immédiatement à la date de cessation d'activité.

ADREA MUTUELLE s'engage à régler le solde des factures sur six mois maximum à compter de la date de cessation d'activité. Le professionnel de santé dispose d'un délai de 6 mois pour présenter à ADREA MUTUELLE les demandes de remboursement antérieures à la date de cessation d'activité.

Article 10 - DENONCIATION DE LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT AVEC ADREA MUTUELLE

Les parties peuvent décider de cesser leur collaboration et notamment :

- En cas de violation grave et répétée des engagements et sans aboutissement de la conciliation à l'amiable engagée,
- En cas de dysfonctionnements répétés,
- En cas de modification du cadre conventionnel, législatif, ou réglementaire affectant l'application des présentes dispositions.

Chaque partie s'engage à respecter la confidentialité de la raison de la cessation de la pratique du tiers payant et à n'en faire aucune publicité.

V - MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT EOVI MUTUELLE

Article 1 – OBJET DES PRESENTES MODALITES D'APPLICATION

Les présentes modalités d'application ont pour objet d'organiser la pratique du tiers payant OPTIQUE et AUDIOPROTHESE, entre Eovi mutuelle et les professionnels de santé, pour la part complémentaire au régime obligatoire, au profit de ses adhérents et de leurs ayants droits, porteurs d'une carte de tiers-payant santé Eovi mutuelle en cours de validité.

Article 2 - CHAMP D'APPLICATION DU TIERS PAYANT EOVI MUTUELLE

La pratique du tiers payant OPTIQUE et AUDIOPROTHESE avec Eovi mutuelle s'applique en complément des conventions de délégation de paiement des organismes du Régime Obligatoire.
Le tarif applicable sera celui défini par la Sécurité Sociale, dans le cadre de la convention qui lie le professionnel de santé aux Caisses d'Assurances Maladie.

Article 3 -LES BENEFICIAIRES DU TIERS PAYANT

La pratique de la dispense d'avance de frais peut s'appliquer à tous les adhérents d'Eovi mutuelle et leurs ayants droits, dès lors qu'ils sont porteurs d'une carte de tiers payant en cours de validité et que leurs garanties comportent une couverture OPTIQUE et/ou AUDIOPROTHESE.

Article 4 - LES CONDITIONS D'APPLICATION

Pour permettre la dispense d'avance de frais, l'assuré bénéficiaire devra présenter sa carte vitale ainsi que sa carte de tiers payant Eovi mutuelle attestant de l'ouverture de ses droits et de la discipline OPTIQUE et / ou AUDIOPROTHESE.

Article 5 - LES MODALITES D'APPLICATION

Pour l'application de la dispense d'avance de frais, le professionnel de santé établit une demande de prise en charge suivie, après accord, d'une demande de remboursement.

Celles-ci peuvent être effectuées :
- Directement sur le site www.tp-eovi.net,
- A titre exceptionnel par courriel, courrier ou fax. en cas d'impossibilité d'établir une DPEC sur le portail de gestion

5.1 PRESTATIONS AVEC PRISE EN CHARGE – CAS GÉNÉRAL

La demande de prise en charge est saisie par le professionnel de santé sur le portail de gestion www.tp-eovi.net, et est valorisée par Eovi mutuelle.
La saisie de la demande de prise en charge sur le portail de gestion www.tp-eovi.net, induit qu'aucun double papier ne doit nous être adressé en parallèle.

Les demandes de prises en charge doivent être validées et signées par le bénéficiaire des soins avant transmission à Eovi mutuelle.
Le professionnel de santé en nous transmettant les informations personnelles contenues dans la demande de prise en charge, confirme avoir obtenu le consentement de l'assuré.

Si par exception la demande de prise en charge est formulée par écrit.
Eovi mutuelle met à disposition du professionnel de santé, des formulaires de demande de prise en charge qui indiquent pour chaque discipline les informations nécessaires à leur traitement.
Dans tous les cas, les demandes de prise en charge devront mentionner les éléments suivants :

Demande de prise en charge Optique :
- Numéro FINESS/raison sociale/ téléphone
- Organisme assureur
- Numéro de S.S du bénéficiaire des soins/nom/prénom/date de naissance
- Numéro de S.S de l'assuré/nom/prénom/date de naissance
- Régime du bénéficiaire
- **ADELI du prescripteur + NOM/prénom**
- Date de prescription
- Motif de l'équipement
- Motif complémentaire
- Détail de l'équipement pour OG et OD
- Si lentilles : préciser si remboursées par le RO
- Monture (marque, modèle, montage, prix)
- Prix et caractéristiques type de verres OG/OD
- Prix des suppléments
- Prix et caractéristiques des lentilles OG/OD

Demandes de prise en charge Audioprothèses :
- FINESS/raison sociale/téléphone
- Organisme assureur
- Numéro de S.S du bénéficiaire des soins/nom/prénom/date de naissance
- Numéro de S.S de l'assuré/nom/prénom/date de naissance
- Régime du bénéficiaire
- **ADELI du prescripteur + NOM/prénom**
- Date de l'ordonnance
- Détail de l'équipement : code LPP, dépense réelle, base SS, montant régime obligatoire

Eovi mutuelle peut être amenée à:

- Demander des justificatifs complémentaires avant valorisation,
- Valoriser la demande de prise en charge en indiquant éventuellement que l'acceptation de la demande de remboursement associée sera soumise à justificatifs.

Les demandes de remboursement transmises à Eovi mutuelle devront mentionner les éléments nécessaires à leur traitement conformément à

Viamedis
107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - Tél. N° Indigo 0 825 076 076 0,15 € TTC / MN
Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr
CERTIFIÉ ISO 9001

V - MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT EOVI MUTUELLE (suite)

l'article 5.2. Elles doivent être **strictement** conformes à l'accord de prise en charge.

5.2 FACTURATION DES PRESTATIONS- CAS GÉNÉRAL
La validation de la facturation sur le portail de gestion www.tp-eovi.net, induit qu'aucun double papier ne doit nous être adressé en parallèle.

Si par exception la demande de remboursement est formulée par écrit, elle devra mentionner les éléments suivants :

Numéro Identifiant du Professionnel de Santé (N° Finess),
- Numéro de Sécurité sociale et rang du bénéficiaire des soins,
- Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire des soins,
- Numéro et date de facture
- Date de l'ordonnance,
- Codification et coefficient des actes effectués,
- Base de remboursement du Régime Obligatoire et Taux Sécurité Sociale,
- Montant à rembourser par les régimes Obligatoire et Complémentaire.

EOVI Mutuelle met à disposition des professionnels de santé sur le portail www.tp-eovi.net, un accès direct aux bordereaux de paiement. Aucun bordereau papier ne sera fourni par EOVI Mutuelle.

Article 6 - ENGAGEMENTS RECIPROQUES

6.1 ENGAGEMENTS DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ
- Le professionnel de santé s'engage à contrôler systématiquement les droits d'accès au tiers payant de l'assuré sur la carte de tiers payant santé Eovi mutuelle et à facturer à Eovi mutuelle des demandes de remboursement conformes aux modalités définies à l'article 5.
- En cas de trop perçu, le professionnel de santé s'engage à informer Eovi mutuelle et à procéder au remboursement de la somme.
- Le professionnel de santé doit informer **VIAMEDIS, opérateur technique pour le compte d'Eovi Mutuelle**, en cas de cessation d'activité, et tout autre changement administratif (coordonnées, adresse, Finess, etc...).
- Le professionnel de santé dispose d'un délai maximum de 2 ans par rapport à la date des soins pour envoyer la demande de remboursement à Eovi mutuelle.
- Le professionnel conserve les justificatifs ayant permis d'établir une demande de prise en charge ou une demande de remboursement durant une année et s'engage à les transmettre à Eovi mutuelle sur simple demande.
- Le professionnel de santé utilisant les services d'un concentrateur technique doit s'assurer que celui-ci est en conformité avec les exigences de la CNIL.

6.2 ENGAGEMENTS D'EOVI MUTUELLE
- A réception des demandes de prise en charge OPTIQUE ou AUDIOPROTHESE conformes, Eovi mutuelle s'engage à répondre au Professionnel de Santé sous 48h concernant l'optique et 72h concernant les appareillages auditifs.
- A réception des demandes de remboursement conformes, Eovi mutuelle s'engage à traiter la demande du professionnel de santé sous 4 jours en cas de demandes saisies sur www.tp-eovi.net, et sous 10 jours en cas de demandes papier.
- Les demandes non conformes feront l'objet d'un rejet motivé sous 10 jours suivant leur réception par Eovi mutuelle.

Article 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Eovi mutuelle s'engage à respecter les exigences de la loi Informatique et libertés , dans le cadre de sa prestation de service qui a pour finalité, le service de tiers payant, la gestion et le contrôle des montants facturés et des factures, la gestion et l'analyse des demandes de prise en charge.
Eovi mutuelle s'engage notamment à informer les professionnels de santé des droits qu'ils tiennent de la loi Informatique et libertés, à réaliser les formalités appropriées auprès de la Cnil, ainsi que de mettre en place des mesures de sécurité et de confidentialité respectant les exigences de la loi Informatique et libertés.

Dans le cadre de sa prestation de service, Eovi mutuelle utilise un logiciel de gestion www.tp-eovi.net, auquel le professionnel de santé a accès. Eovi mutuelle peut être amené à faire appel à des sous-traitants pour la gestion des dossiers ainsi que pour l'automatisation de la saisie des devis et des demandes de prise en charge.

Des données relatives à l'identification du professionnel de santé sont susceptibles d'être traitées dans le système.

Les informations et données font l'objet d'un hébergement auprès de la société Prosodie.

Ces informations sont uniquement utilisées par Eovi mutuelle ou ses prestataires sous-traitants pour sa gestion et ne seront jamais communiquées à d'autres tiers.
Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés, le professionnel de santé dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motifs légitimes, de suppression et de rectification sur la totalité des informations enregistrées dans le cadre des services proposés le concernant. Le professionnel de santé peut accéder aux données le concernant à tout moment par envoi d'un courrier à Eovi mutuelle.

Article 8 – CONTESTATION DES REGLEMENTS

En cas de contestation ou de trop-perçu, le professionnel de santé devra en aviser Eovi mutuelle dans un délai de six mois à compter de la date de traitement du dossier. Les éléments nécessaires à la gestion du dossier sont les mêmes que ceux précisés à l'article 5.
En cas de difficultés particulières, Eovi mutuelle et les Professionnels de santé se rapprocheront pour rectifier ces anomalies.
Eovi mutuelle peut être amenée à effectuer des audits auprès des différents Partenaires de Santé.

Article 9 – PERIODE DE VALIDITE DES MODALITES D'APPLICATION DU TIERS PAYANT

Les modalités d'application du tiers payant s'appliquent dès lors que le professionnel de santé est référencé. La pratique de la dispense de frais prend fin immédiatement à la date de cessation d'activité.
Eovi mutuelle s'engage à régler le solde des factures sur six mois maximum à compter de la date de cessation d'activité. Le professionnel de santé dispose d'un délai de 6 mois pour présenter à Eovi mutuelle les demandes de remboursement antérieures à la date de cessation d'activité.

Article 10 - DENONCIATION DE LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT AVEC EOVI MUTUELLE

Les parties peuvent décider de cesser leur collaboration et notamment :
- En cas de violation grave et répétée des engagements et sans aboutissement de la conciliation à l'amiable engagée,
- En cas de dysfonctionnements répétés,
- En cas de modification du cadre conventionnel, législatif, ou réglementaire affectant l'application des présentes dispositions.

Chaque partie s'engage à respecter la confidentialité de la raison de la cessation de la pratique du tiers payant et à n'en faire aucune publicité.

VIAMEDIS est le responsable du traitement mis en œuvre à partir des données à caractère personnel collectées via le formulaire d'enregistrement administratif en vue de vous permettre de bénéficier des informations ou des services qui vous intéressent. Ces données sont strictement destinées à VIAMEDIS, aux organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le compte desquels VIAMEDIS met en œuvre les services pour ce qui les concerne, et aux prestataires sous-traitants de VIAMEDIS. Si vous êtes professionnel de santé, vous pouvez également accéder à vos données via votre compte sur le site www. www.viamedis.net. Vous êtes informé du fait que, conformément à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données qui vous concernent. Ces demandes s'exercent auprès de VIAMEDIS à professionnel.sante@viamedis.fr.

107, avenue Gabriel Péri - 94172 Le Perreux sur Marne Cedex - N° Indigo 0 825 076 076 0,15 € TTC / MN
Fax : 01 53 48 18 32 • Mail : professionnel.sante@viamedis.fr

CERTIFIÉ ISO 9001